

LA PROTECTION
DU PÉRINÉE
DANS L'ACCOUCHEMENT NORMAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1892

PAR

Roger DUMAS

NÉ A LÉDIGNAN (GARD)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

ÉDITEUR DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Médecine légale et Toxicologie.....	MM. JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (✱).
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
id. VILLE (Chargé de Cours).	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie.....	LANNEGRACE,
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELT.
Anatomie pathologique et Histologie..	KIENER (✱).
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Anatomie.....	PAULET (O. ✱ ✕).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et Appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Pathologie interne..... (Ch. de c.)	SARDA.

Doyen honoraire : M. J. BENOIT (O. ✱ ✕)
Professeur honoraire : M. DUPRE (O. ✱ C ✕).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Histologie.....	MM. BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.....	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	REGIMBEAU, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GAYRAUD.	MM. BAUMEL.	MM. SARDA.
DE GIRARD.	VILLE.	ESTOR.
SERRE.	GERBAUD.	HEDON.
REGIMBEAU.	GILIS.	LECERCLE
BLAISE.	BROUSSE.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CARRIEU, *président.*
GRASSET, *professeur.*
REGIMBEAU, *agrégé.*
BROUSSE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

Le Dr DUMAS, de Lédignan

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CARRIEU

A MES PARENTS ET AMIS

R. DUMAS.

AVANT-PROPOS

Devant la fréquence, la gravité immédiate et les conséquences lointaines des déchirures périnéales, tous les accoucheurs se sont dès longtemps préoccupés de préserver le plancher, si menacé dans les cas les plus favorables. Plusieurs méthodes ont été proposées avec statistique à l'appui. Bien peu ont résisté à la pratique. La question paraît se juger aujourd'hui en faveur de la contention fœtale, et tout le monde est à peu près d'accord pour abandonner les manœuvres de protection directe et l'épisiotomie. On s'occupe surtout de donner au périnée le temps nécessaire à sa dilatation et de favoriser la déflexion de la tête. Il m'a semblé que ces méthodes, si efficaces d'ailleurs, avaient l'inconvénient de laisser l'orifice en danger, au moment même de l'expulsion. J'ai donc essayé de les compléter par une manœuvre favorisant l'issue sans encombre du fœtus.

J'étudie d'abord rapidement dans cette Thèse l'anatomie et la physiologie du périnée pour noter, avec l'importance de son intégrité, le degré de résistance qu'il peut offrir à la rupture. Je passe ensuite aux déchirures qui s'y produisent, en signalant leur fréquence, leurs inconvénients, et recherchant les causes qui les provoquent. Après avoir passé en revue les différentes méthodes destinées à s'opposer à ces causes, j'énonce les procédés auxquels se sont arrêtés les accoucheurs modernes, et j'expose enfin la manœuvre de défense qui doit être employée au moment de l'expulsion seulement.

Je n'ai en vue ici que les déchirures ordinaires, c'est-à-dire se produisant à partir de la commissure inférieure sur la ligne médiane, et seulement celles qui se produisent dans l'accouchement normal, sans emploi de forceps ou de chloroforme, par exemple. Je laisse même en dehors du mot normal les présentations autres que celles de la tête ; bien que d'autres présentations soient aussi considérées comme naturelles, celles de la tête n'en sont pas moins les plus fréquentes. Enfin si l'occiput reste en arrière au moment du dégagement, il faut en général intervenir, et l'accouchement ne peut être considéré comme normal.

Qu'il me soit permis, avant d'entrer dans le corps du sujet, d'adresser ici mes remerciements les plus respectueux à mon maître éminent, M. le professeur Carrieu, qui a bien voulu faire à cette Thèse l'honneur de la présider.

LA

PROTECTION DU PÉRINÉE

DANS L'ACCOUCHEMENT NORMAL

ANATOMIE DU PÉRINÉE.

On divise généralement le périnée en deux parties antérieure et postérieure, génito-urétrale et recto-anale. La deuxième portion, séparée de la première par une ligne idéale allant de l'un à l'autre sommet des deux ischions, constitue surtout le périnée obstétrical. L'importance du plancher musculo-aponévrotique tout entier est grande en médecine obstétricale, surtout dans le point qui nous occupe. Je vais donc passer en revue les principaux plans qui lui donnent à la fois sa résistance et sa souplesse, si nécessaires pour l'accouchement.

En allant de haut en bas, la première aponévrose que l'on rencontre est la pelvienne supérieure, fixée en arrière au sacrum et au coccyx, en avant au bord interne du corps du pubis, près de la symphyse. Au niveau du bord du détroit abdominal, elle se confond en avant avec l'aponévrose des parois abdominales, latéralement avec celle du muscle iliaque, en arrière avec l'aponévrose lombo-iliaque.

Elle recouvre donc, à la manière d'un diaphragme, le plancher tout entier du bassin. Au niveau du bord supérieur du grand

trou sciatique, elle se dédouble en deux feuillets qui, réfléchis à angle droit, vont doubler intérieurement la cloison transversale formée par les ligaments larges. Ce plan fibreux, traversé par le rectum, le bas-fond vésical, le vagin et l'urèthre, auxquels il adhère fortement, contribue beaucoup au bon maintien de ces organes. Aussi devient-il, après affaiblissement par des grossesses répétées ou déchirure par accouchement pathologique, une cause importante de prolapsus.

La portion pariétale de l'aponévrose pelvienne recouvre le sacrum, le coccyx, les branches antérieures des nerfs sacrés, le muscle pyramidal et son aponévrose, la partie supérieure du muscle obturateur et son aponévrose, la moitié supérieure du corps et la symphyse du pubis. Elle occupe donc, tout à la fois, l'excavation et le détroit périnéal.

Les autres aponévroses, aponévroses périnéales, sont au nombre de trois. Elles s'étendent de la demi-circonférence antérieure du bassin jusqu'à une ligne fictive étendue entre les deux tubérosités sciatiques. Ce sont des diaphragmes tendus dans la moitié antérieure du plancher pelvien et destinés au soutien de la vessie, de l'utérus et du vagin. Le rectum, situé plus en dehors, échappe à leur action.

En allant d'arrière en avant et de dedans en dehors, on trouve d'abord l'aponévrose périnéale profonde. Elle est fixée en haut au bord inférieur du ligament triangulaire, latéralement à la face interne des branches ischio-pubiennes, près du trou sous-pubien, et à la face interne des tubérosités sciatiques; traversée par l'urèthre et le vagin, elle adhère à ce canal derrière le bulbe et le muscle constricteur. Au niveau de la ligne bi-ischiatique, son bord postérieur se recourbe de haut en bas et d'arrière en avant pour s'unir à celui des deux autres aponévroses périnéales.

L'aponévrose moyenne s'insère à la face antérieure du corps du pubis, derrière le clitoris, puis à la lèvre interne des bran-

ches ischio-pubiennes. L'urèthre et le vagin la traversent aussi; mais, au niveau de ce dernier canal, elle se dédouble pour l'envelopper, ainsi que son constricteur. Son bord postérieur va se confondre avec le même bord de la précédente.

L'aponévrose superficielle part de la face antérieure du corps du pubis en recouvrant la racine du clitoris et allant se confondre avec l'aponévrose abdominale; latéralement, elle se fixe à la lèvre externe des branches ischio-pubiennes. Elle se dédouble pour envelopper les ischio-caverneux et les racines du clitoris, puis va se confondre en arrière par son bord postérieur recourbé de bas en haut avec les deux autres périnéales.

Au-dessus d'elle se trouve la peau fine, extensible, riche ou non en tissu adipeux, pourvue de glandes sébacées et présentant sur la ligne médiane un raphé cutané situé au-dessus du raphé fibreux.

Les muscles qui entrent dans la composition du plancher sont, de la profondeur à la surface : le releveur de l'anus, l'ischio-coccygien, le sphincter anal, le constricteur du vagin, le transverse du périnée et l'ischio-caverneux.

Le releveur de l'anus, muscle pair et symétrique, forme un plan charnu complet étendu au-dessus du détroit supérieur. Inséré en avant au pubis près de la symphyse, sur l'arcade pubio-sciatique, l'épine et le ligament sciatiques, il s'attache en arrière au raphé recto-coccygien, au raphé fibreux recto-vulvaire, aux parois latérales du rectum et de la vessie. Les fibres qui vont de l'épine et du ligament sciatiques au coccyx constituent le faisceau postérieur, dit muscle ischio-coccygien. Recouvert d'une aponévrose propre, le releveur de l'anus par sa résistance considérable, par la disposition arciforme de ses fibres pubiennes, dont le milieu courbe correspond au raphé ano-vulvaire, constitue une boutonnière large et solide qui contribue pour beaucoup à la fixité des organes pelviens. Il joue, d'après M. Farabeuf, un rôle important dans la terminaison de l'accouchement

en facilitant l'expulsion de la tête. Mais Hildebrand et, après lui, Budin ont signalé une contraction particulière de ses fibres pouvant devenir cause de dystocie.

Les ischio-caverneux, pairs et symétriques, sont placés sur le bord inférieur et la face interne des branches ischio-pubiennes. Ils se terminent très près de l'attache supérieure du constricteur du vagin.

Le sphincter externe de l'anus est un anneau musculaire dont les fibres en ellipse s'étendent du sommet du coccyx à la partie postérieure du rectum, qu'elles entourent. Au-devant de l'intestin elles s'entre-croisent et se prolongent pour aller former autour de l'orifice vaginal le muscle constricteur du vagin. Elles entourent le bulbe, puis, à la partie supérieure, les deux faisceaux circonscrivent l'urèthre et vont se fixer sur les racines du clitoris. Le constricteur du vagin et le sphincter anal externe forment ainsi un huit de chiffre.

Le *transverse du périnée*, issu de la tubérosité sciatique entre les insertions des aponévroses périnéales moyenne et superficielle, se porte dans l'intervalle ano-vulvaire, où il confond ses fibres avec celles du transverse opposé, du constricteur vaginal et du sphincter externe.

La *vulve*, orifice d'expulsion du canal pelvien, est formée par les *grandes* et les *petites lèvres*. Les grandes lèvres doublées d'une couche musculaire, la couche dartoïque, s'unissent en bas à la commissure postérieure de la vulve, formant un repli musculo-cutané assez mince et qu'on appelle la fourchette.

Le développement embryologique du plancher périnéal se confond avec celui des organes génitaux externes. C'est vers la fin de la quatrième semaine qu'on aperçoit à l'extrémité postérieure du corps une ouverture représentant l'orifice commun de l'intestin et de l'ouraque, l'orifice du cloaque. Dans le milieu du troisième mois, l'orifice du cloaque se divise pour former les orifices anal et uro-vaginal. Cette division, d'après Rathke, s'effec-

tuerait par le développement de deux replis sur les parois latérales du cloaque, en même temps que la partie au niveau de laquelle l'ouraque et le rectum se rejoignent, avance vers la surface. Ces deux replis et ce septum se réunissent, et il en résulte la formation d'une cloison ou repli périnéal. Plus tard, les orifices s'écartent, la cloison devient plus épaisse et constitue enfin le périnée. Les replis génitaux (formés deux semaines environ après le cloaque) ne se soudent pas chez la femme, non plus que le sillon génital. Les uns forment les grandes lèvres, les bords du dernier donnent naissance aux petites lèvres, et le sinus urogénital reste très court. Enfin sur le périnée définitif le raphé reste comme indice de la soudure et de la réunion de la cloison transversale.

Les fonctions du plancher pelvien ainsi constitué sont de plusieurs sortes. Un rapide aperçu permettra de comprendre l'importance de l'intégrité générale au point de vue physiologique.

Le périnée entre en jeu chez la femme dans la miction, la défécation et l'accouchement. Au début de la miction, il prend part à l'effort musculaire destiné à vaincre la résistance du sphincter vésical, et à la fin il se soulève pour chasser de la vessie l'urine qui y reste encore.

Dans la défécation, il se roidit; le releveur de l'anus en particulier se contracte énergiquement pour soutenir et immobiliser le plancher. Pressées par le diaphragme, qu'une forte inspiration a abaissé et par l'effort des muscles abdominaux, les matières se heurtent à la résistance du plancher et font issue par le seul orifice libre, l'anus.

Dans l'accouchement, le rôle important est joué par la partie du périnée située entre l'anus et la vulve, en y comprenant la cloison recto-vaginale. C'est la partie qu'on désigne sous le nom de corps périnéal. Par sa résistance, elle s'oppose à la sortie brusque de la tête et à la chute du fœtus. De plus, on a constaté que, pour faire cesser la tension de la sangle pelvienne, il faut

pousser, si l'on anesthésie la parturiente, les inhalations chloroformiques jusqu'à résolution musculaire. C'est donc que les muscles du plancher se contractent, et l'effet utile de cette contraction est de repousser la tête en haut vers le pubis. La résistance et la souplesse des plans qui entrent dans la composition du périnée lui permettent au dernier moment de se laisser dilater sans se rompre au passage du fœtus. Malheureusement, ce n'est pas toujours ce qui arrive, comme nous allons le voir.

DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

Si la sangle élastique se montre trop résistante et s'oppose trop vivement au passage de la tête, il arrive que celle-ci, ne pouvant suivre le canal pelvien et sollicitée par les énergiques contractions de l'utérus, détermine au plancher une boutonnière parfois suffisante pour livrer passage au fœtus. D'autres fois la procidence d'un coude détermine le même accident dans de moindres proportions. Mais la déchirure classique se produit à la commissure de la vulve au moment de l'expulsion. C'est tantôt la tête qui la produit à son passage, moins fréquemment c'est l'épaule postérieure en se dégageant. En effet, à un moment donné, une épaule et le coude du côté opposé se trouvent contenus à la fois dans l'orifice vulvaire, et cet orifice suffisant pour la tête peut très bien, comme le dit Auvaré, ne pas admettre le diamètre plus considérable qui se présente. Les diamètres du siège, étant au contraire inférieurs d'une ligne en général à ceux déjà passés, ne détermineront au contraire des déchirures que dans des conditions exceptionnelles. Les moyens de protection auxquels on s'adressera pour garantir les parties menacées seront donc poursuivis jusqu'après l'issue des épaules et même du siège, si on le juge à propos.

Nous ne parlerons pas de la déchirure centrale, fort peu fréquente au reste; le sujet de cette thèse est ailleurs. Pour les déchirures médianes, il est habituel de les diviser, suivant leurs dimensions, en déchirures incomplètes, qui se limitent à la four-

chette, au sphincter externe de l'anus exclusivement et à tous les intermédiaires ; et en déchirures incomplètes intéressant aussi, soit le sphincter anal externe seul, soit avec lui la cloison recto-vaginale.

Pris dans leur ensemble, ces accidents sont loin d'être rares, chez les primipares en particulier, et principalement les vieilles primipares, dont les tissus sont plus secs, moins extensibles, moins riches en glandes sébacées. Les moyennes données varient avec chaque auteur, mais les plus faibles sont encore très élevées. La fourchette est en particulier regardée par bien des accoucheurs comme vouée à une destruction presque fatale, et Schröder regarde 61 % comme un bon résultat. D'après lui, les ruptures intéressant au moins le périnée seraient dans la proportion de 34 1/2 % chez les primipares, de 9 % chez les multipares. Ce sont à peu près les chiffres de Playfair 37 % ; Olhausen va plus haut 47 %, Swayne reste bien au-dessous avec 32 ruptures pour 400 accouchées, Hildebrant prétend n'avoir eu que 7 1/2 %, Winkel donne pour 1011 parturientes le chiffre modéré de 115 éclatements. Les déchirures complètes sont plus rares. Marduel sur 300 accouchements dit n'en pas avoir vu ; sur les 32 de Swayne, il n'y en a qu'une seule, mais d'autres observateurs donnent jusqu'à 5 et 6 %.

«La statistique est une bonne fille qui se livre au premier venu». Il serait peut-être imprudent de prendre comme base un de ses chiffres, d'autant plus que si certains opérateurs ne tiennent compte que des déchirures produites dans l'accouchement normal, il en est qui comptent celles produites avec intervention du forceps. Quelques-uns négligent les déchirures de la fourchette dans leur total, d'autres les y font rentrer, ce qui explique les écarts considérables des résultats ; mais ce qui ressort clairement de tout cela, c'est que la déchirure est, sans vouloir préciser plus, d'une excessive fréquence ; les Anglais sont en

général ceux qui l'observent le moins souvent, l'Allemagne donne le maximum et la France tient le milieu.

La gravité de ces accidents *in partu* varie naturellement avec leur intensité. Les simples déchirures de la fourchette sont déjà très ennuyeuses par la douleur qu'elles provoquent, douleur que réveillera chaque émission d'urine. Les bords s'affrontent mal, les topiques ne tiennent pas, la cicatrisation est lente et déforme quelquefois l'orifice vaginal. Une fourchette déchirée prédispose au même accident pour un accouchement ultérieur, car le tissu cicatriciel porte atteinte à l'élasticité et à la résistance des parties. Enfin la situation de la blessure sur les parties déclives amène sur ses bords non seulement les micro-organismes de l'extérieur, mais aussi et surtout les produits septiques expulsés par les organes pelviens, pus, lochies, urines ; une porte de plus est ouverte à l'infection puerpérale.

Si la lésion empiète plus ou moins sur le plancher, ces inconvénients augmentent dans de notables proportions, la cicatrisation se fait très lentement, la femme doit garder, plus de quinze jours après, le repos au lit, la cicatrice enfin obtenue peut rester douloureuse parfois et difforme au point de gêner l'accomplissement des fonctions sexuelles. De plus, nous avons vu que de la solidité des membranes fibreuses et des plans musculaires constituant le plancher dépend le bon maintien des organes pelviens. Tout accident qui les affaiblit devient donc non seulement cause prédisposante de déchirure nouvelle, mais cause aussi de prolapsus. L'aponévrose pelvienne en particulier soutient fortement le vagin, l'urètre, le bas-fond vésical et le rectum. Son intégrité est donc indispensable ainsi que celle des tissus qui la sous-tendent.

Si la déchirure est complète, les inconvénients sont excessifs, les dangers d'infection puerpérale sont portés au maximum. Le cloaque primitif se trouve, du fait même de l'accident, reconstitué. Les lochies, l'urine, les matières fécales, viennent souiller les

lèvres de la blessure, s'échappent par le vagin malgré les efforts de la femme. La reconstitution, gênée par cet apport continu de matériaux septiques, ne se fait pas. Les deux lèvres de la plaie cicatrisent séparément, le cloaque devient permanent, l'incontinence des matières fécales persiste par conséquent ; le coït devient impossible ou répugnant, et l'accouchée reste atteinte, si on ne l'opère, d'une des plus dégoûtantes infirmités, en attendant que le prolapsus utérin, rectal, ou vésical, vienne compléter cette triste situation.

ÉTIOLOGIE DES DÉCHIRURES.

Pour trouver un moyen efficace de protection contre ces regrettables accidents, il importe de bien déterminer le mécanisme qui les produit, les diverses causes qui y aboutissent. Ces causes sont multiples et complexes, et plutôt que de les exposer toutes longuement, il semble rationnel d'insister sur les principales et d'énumérer rapidement les autres.

Un bassin trop étroit, trop large ou annelé prédispose aux déchirures ; les tumeurs de l'utérus et du vagin jouent le même rôle en augmentant l'extension du périnée, les cicatrices déterminent dans la paroi des points de moindre résistance ; la rigidité de l'anneau vulvaire chez les primipares, la tonicité des tissus non assouplis par la pratique habituelle du coït, doivent entrer en ligne de compte, comme aussi les dimensions anormales du fœtus. Puis chez certaines femmes trop grasses la fibre musculaire, envahie par le tissu adipeux, a dégénéré ; chez celles qui sont trop maigres au contraire, c'est l'étoffe qui manquera au moment où le périnée distendu bombera sous l'effort de la tête fœtale. Chez les vieilles primipares ou chez les vieilles multipares qui n'ont pas eu d'enfant depuis longtemps, la peau a perdu sa souplesse, les tissus restent trop secs par atrophie des glandes sébacées.

On doit avoir des craintes, insiste M. Pinard, à propos des femmes qui, dès les premiers mois de la grossesse, ont présenté des vergetures profondes, nombreuses, étendues. Leurs tissus sont de mauvaise qualité, leur périnée cèdera sous une pression

un peu forte. « Ce sont là, dit M. Budin, des périnéés sans ressort qui se fendillent, s'effritent et s'écaillent à la face externe convexe, comme du carton mouillé sur lequel on presse. »

C'est aussi l'opinion de M. Pajot. « Il y a, dit-il, des périnéés dont la peau est sèche et rude ; ils éclatent. Ceux qui sont épais, peu élastiques, comme chez les primipares âgées, par exemple, se déchirent facilement ; il en est de même des périnéés qui, tout en étant longs et minces, sont secs, tandis que les périnéés souples ne se déchirent pas. » Ajoutons que l'œdème du plancher en favorise singulièrement la rupture et qu'ainsi l'anasarque, quelle que soit son origine, doit à l'avance imposer de sérieuses craintes.

Une mauvaise position donnée à la parturiente peut être fâcheuse en ajoutant à l'effort utérin sur la vulve le poids du fœtus ; l'indocilité de la femme trop nerveuse ou atteinte d'attaques éclamptiques peut favoriser l'éclatement par une action trop brusque. Signalons aussi la résistance apportée à la marche de la tête par l'anneau hyménéal. D'après M. Budin, l'hymen ne serait jamais entièrement détruit par le coït. Ses lambeaux, effrités, déchiquetés, renversés, par l'introduction répétée du pénis, ne seraient définitivement détruits que par le premier accouchement. Aussi formeraient-ils au passage du fœtus un obstacle assez résistant pour déterminer la rupture de la muqueuse, puis la rupture du plancher par propagation.

C'est ici une cause déjà importante de déchirure. Mais il y a peu de cas à faire, en somme, des précédentes. Bien que chacune entre pour une certaine part dans la production de la rupture, il faut se garder d'y attacher trop d'importance. Les médecins sont déjà trop nombreux qui regardent certains périnéés comme voués à un éclatement fatal et se contentent de préparer les fils pour la suture. La science obstétricale n'a rien à faire avec ce fatalisme. En principe, le plancher pelvien, constitué comme nous l'avons vu dans l'aperçu anatomique, par d'épaisses couches

musculaires et de nombreux plans fibreux, est d'une solidité suffisante. De plus, les muscles et les aponévroses qui le composent participent du processus hypertrophique qui se produit pendant la grossesse dans tous les organes génitaux. Les expériences de MM. Chantreuil et Tarnier, à ce sujet, sont concluantes et prouvent bien que la résistance déjà grande du plancher s'accroît à ce moment en même temps que sa souplesse.

Car ce n'est pas non plus dans l'inextensibilité de ces plans solides qu'il faut chercher la cause efficiente : c'est ici le cas de citer la loi formulée par M. Budin, à propos des orifices formés par les tissus vivants : « Ces orifices, dit l'éminent professeur, peuvent se laisser dilater à un degré quelquefois extraordinaire lorsqu'on les distend lentement ; ils se déchirent au contraire, si l'on veut agir rapidement ». Et à l'appui de cette loi physiologique viennent les expériences de Plasuisky. Ce savant a constaté, en effet, qu'un muscle qui, sur le cadavre, se laisse distendre d'un pouce et demi et arrive à supporter un poids de 45 à 50 livres si l'on agit par traction lente, se rompt brusquement, à peine distendu d'un demi-pouce, sous un poids de 30 à 40 livres agissant tout d'un coup.

Le périnée peut donc se dilater largement si la force qui le sollicite est lente et progressive, mais il se déchirera si la pression de la tête se fait brusquement. L'expérience confirme cet énoncé en nous apprenant que les accouchements à expulsion rapide sont de beaucoup ceux qui exposent le plus la parturiente.

C'est là le point véritablement important, un des plus importants dans le sujet qui nous occupe. Si le périnée se déchire, c'est très souvent parce qu'il n'a pas eu le temps nécessaire à sa dilatation, et que la filière pelvienne a été traversée trop rapidement, soit parce que, le bassin étant trop large, la descente a été facile, soit parce que, le bassin étant annelé, la tête a filé brusquement, une fois l'anneau étroit franchi, soit pour toute autre

raison favorisant l'arrivée hâtive des parties présentées sur un plancher mal préparé.

Je crois bien qu'à cette cause importante vient s'ajouter une cause d'origine mécanique sur laquelle je reviendrai à la fin de ce travail ; mais elle n'en est pas moins très considérable, presque constante. Toutes les autres déterminantes alléguées par les auteurs gravitent autour d'elle et agissent d'une façon bien moins fréquente, bien qu'elles vaillent aussi d'être citées. Signalons en particulier la déflexion prématurée de la tête tendant à augmenter les diamètres capitaux en rapport avec le canal pelvien, comme aussi un excès de flexion aboutissant à un résultat analogue ; enfin l'administration inopportune du seigle ergoté peut provoquer des accidents.

J'ajoute, pour terminer ce rapide aperçu, qu'il est bien rare de trouver à n'importe quelle déchirure une cause simple. Prédisposantes et déterminantes s'associent suivant le cas de façon très variée, et l'on peut penser déjà que la conduite du médecin ne doit pas être toujours la même, mais se modeler d'après les conditions dans lesquelles se fait l'accouchement.

MÉTHODES DE PROTECTION.

Ces méthodes sont variées et nombreuses, ce qui prouve *a priori* qu'il n'en est point d'absolument efficace. Les unes s'adressent directement au périnée pour le soutenir, les autres tendent par des procédés indirects à favoriser son extension ; les dernières sont, nous pouvons le dire déjà, incontestablement supérieures.

Les causes de déchirure étant, nous venons de le voir au précédent chapitre, nombreuses et diverses, aucun procédé simple, c'est-à-dire s'adressant à une cause unique, ne pourra donner des résultats bien satisfaisants dans tous les cas. Et c'est la condamnation par avance du procédé ancien, la soutenance du plancher avec la main, comme aussi des procédés qui ne viseront qu'à ce seul but, augmenter la résistance du périnée.

Cette manœuvre, inaugurée par Wigand et modifiée à toute époque, ne sert en effet qu'à cacher aux yeux de l'opérateur la partie menacée, celle qu'il faut avoir constamment en vue. Elle évite le danger, comme le fait remarquer Pajot, à la façon des autruches fermant les yeux pour ne pas voir l'ennemi. Son résultat le plus habituel est la rupture, sous la main, du plancher, qu'il faudrait préserver. Je n'insiste pas davantage, la cause étant aujourd'hui jugée par tous les praticiens, et je passe aux modifications qu'y ont apportées de plus modernes accoucheurs.

Playfair et après lui Goodell, Hurt, quelques élèves de Tarnier, ont essayé d'augmenter la résistance du plancher périnéal en l'étoffant, et le relâchant à l'aide des tissus cutanés voisins.

La manœuvre est telle : L'opérateur se place à droite de la femme et applique la paume de la main sur la partie menacée, le bord radial entourant la demi-circonférence inférieure de l'orifice vulvaire, le pouce correspondant un peu en dedans de la tubérosité ischiatique droite, l'index et le médius en dedans de la gauche. A chaque contraction, l'accoucheur s'efforce, par des pressions appropriées et convergeant vers la vulve, de ramener vers la fourchette les téguments voisins. On ramène le pouce vers les autres doigts par un mouvement de fermeture sans cesser d'appuyer sur les parties molles, comme si l'on voulait rapprocher l'une de l'autre les grandes lèvres. Metterschkiauz a même proposé une pince de son invention destinée à remplacer plus efficacement les doigts.

Il est possible qu'on puisse dans une certaine mesure se fier aux déclarations des accoucheurs qui préconisent ce moyen, et attribuer à une telle intervention quelques résultats satisfaisants. Mais encore faut-il que cette méthode soit applicable, et chez les femmes dont le périnée n'est que moyennement doté de tissu adipeux, la partie menacée bombe tellement au moment décisif que le moindre plissement de peau devient évidemment impossible. D'ailleurs, si la région est suffisamment grasse et se prête à la manœuvre, même lorsqu'elle est distendue, sur quelle partie l'opérateur peut-il agir ? Sur la peau seulement, car les muscles et aponévroses sous-jacents ne se laissent jamais saisir par la main ou la pince. Or la déchirure de la peau n'est jamais ou presque jamais primitive. Neuf fois sur dix elle est due à la propagation d'une lésion qui débute sur la muqueuse vaginale, au niveau de l'anneau hyménéal, comme le fait remarquer M. Budin. Et c'est ainsi que presque toujours l'action exercée reste nulle.

Krusenstein de Tiflis préfère, à ce procédé, la double manœuvre de Säger. Tandis que le pouce appliqué sur la grande lèvre droite et les quatre autres doigts de la main droite appliqués sur la grande lèvre gauche ramènent les parties latérales de la four-

chette vers le centre et cherchent ainsi à diminuer la tension de la fourchette, la paume de la main refoule avec précaution le périnée en arrière vers l'anوس pour diminuer sa tension dans le sens de la longueur. Cette rétropulsion du périnée, pratiquée quand la tête est prête à se dégager, se fait d'autant plus facilement que le périnée tend déjà très souvent de lui-même à se reporter en arrière.

Jacob Price conteste à Reamy (de Cincinnati) la priorité d'une autre méthode de protection directe. La parturiente est couchée en travers du lit, les cuisses relevées et rapprochées. On entoure le bassin avec une serviette et on en ramène les bouts sur la voussure périnéale, en les confiant à des aides qui doivent exercer des tractions sur eux, pendant les douleurs, dans le sens qu'on leur indique ; on crée ainsi une sorte de périnée supplémentaire, qui du reste ne vaut pas mieux que celui créé par la main dans la méthode ancienne de soutenance.

Metterschkianz, adoptant le procédé de Playfair, veut qu'au dernier moment l'opérateur, saisissant les parties latérales de la fourchette, les rapproche pour s'opposer à la distension transversale. M^{me} Lachapelle emploie le procédé de protection directe par la paume de la main, mais conseille de porter l'effort vers le périnée postérieur pour aider à la déflexion, de sorte que le sphincter vulvaire échappe absolument à toute action, ce qui est fâcheux. En somme, tous les procédés par action directe sur le plancher n'ont que de très contestables avantages. Il n'en est pas de même des méthodes indirectes. Mais avant de nous en occuper, il est bon de parler un peu de l'épisiotomie ou méthode des incisions prophylactiques.

Fort en honneur, il y a quelque temps, cette méthode jouit encore d'une certaine vogue, assez mal justifiée d'ailleurs. Voici en quoi elle consiste.

Si la manœuvre qu'on a choisie pour s'opposer à la rupture menace d'être insuffisante et qu'au moment critique le périnée

distendu, œdématisé, mince et luisant, paraisse prêt à se rompre, l'accoucheur prend un ciseau ou un bistouri boutonné, et libère le plancher par une ou deux incisions portant, suivant le cas, sur la partie médiane ou les bords latéraux de l'orifice vulvaire.

P. Dubois est partisan de deux incisions latérales profondes de 2 centim. environ, Rittgen conseille des incisions multiples, Tarnier fait une seule incision médiane qui, après quelques centimètres, se bifurque en deux branches dirigées vers les fesses, l'incision en Λ ou bien qui tourne d'un seul côté vers les parties latérales après être restée médiane pendant quelques centimètres, formant ainsi un V à angle ouvert en dehors. Budin se range à l'avis de Tarnier et veut que l'incision débute au niveau de la fissure hyménéale, qui ne manquerait pas, dit-il, de produire une déchirure médiane, malgré toute incision latérale.

Ceci est, en effet, absolument exact. Pour que le résultat cherché soit obtenu, il faut fendre la commissure en son milieu. Je citerai une communication à l'Académie de Belgique, par le Dr Charles, en 1885, où l'on voit que deux incisions portées sur les côtés ne préservèrent pas la parturiente d'un large éclatement.

L'incision médiane de Michaelis, Chantreuil, Tarnier, Budin, a le grand avantage de préserver le sphincter anal, si on la dévie sur les côtés. Chantreuil a pu empêcher une déchirure complète par l'incision en Λ dans un cas où le fœtus se présentait très volumineux, du poids de 5,500 gram. Mais si les avantages sont certains, les inconvénients ne le sont pas moins.

L'opération donne, en effet, une blessure qui offre tous les dangers d'une déchirure incomplète, sauf que les bords se coaptent mieux et que la cicatrisation est plus facile. Mais le périnée n'en restera pas moins atteint dans sa résistance, ce qui compromet le bon maintien des organes pelviens, et dans son élasticité, ce qui pourra devenir, à un deuxième accouchement, cause prédisposante de rupture. Enfin et surtout, la plaie par sa situation ouvre la porte à l'infection puerpérale, puisqu'elle peut recueillir

les micro-organismes venus du dehors et ceux apportés de l'intérieur par le pus, les lochies et les urines. Aussi ne doit-on recourir à ces procédés dangereux que forcé par la nécessité absolue ; c'est d'ailleurs ce que font les éminents professeurs que j'ai cités.

J'arrive aux procédés indirects et je dois citer d'abord les précautions qu'il est bon de prendre dès le début, je veux parler de la position à donner à la femme. Alt et Schröder ont proposé la position genu-pectorale, accroupie sur les genoux et les coudes, parce que dans cette position la tête de l'enfant va d'elle-même se placer dans l'arcade pubienne et pèse moins sur la commissure. D'après Alt, cette position donna pour 100 primipares 50 % déchirures du frein, 25 % déchirures du périnée. Il est, en effet, logique de penser que cette position est favorable à la conservation du plancher, mais il est en même temps impossible de la faire adopter aux femmes.

On a essayé du décubitus latéral, qui permet de voir constamment et de surveiller la partie menacée, tout en l'empêchant de se tendre d'une façon exagérée. Il paraîtrait même, d'après Schröder, qu'il n'y aurait alors que 3,76 % déchirures du périnée, ce qui est bien au-dessous de la moyenne. Mais tandis que c'est là en Angleterre et en Amérique la position adoptée, on préfère en France le décubitus dorsal. Seulement on a le soin d'élever le siège avec des draps non dépliés placés sous la région sacrée, de façon à mettre bien en vue le périnée et la vulve.

Un autre point sur lequel tout le monde est d'accord aujourd'hui, c'est, au moment critique, la recommandation faite à la femme de ne pas pousser. On faisait autrefois le contraire, ce qui occasionnait des déchirures de la muqueuse.

« C'était, dit très bien Doléris, une mauvaise habitude des maternités et des cliniques d'accouchement ; elle est souvent nuisible, en ce qu'elle expose aux ruptures. Son seul avantage est d'économiser le temps des accoucheurs et sages-femmes. Ici,

comme dans toute la pratique obstétricale, il faut s'armer de patience. » Il est même bon que la patiente garde la bouche ouverte, afin de paralyser l'effort qu'elle essaye de faire instinctivement.

Ces deux précautions très utiles sont générales. Quels sont les procédés particuliers ? Depaul, un des premiers, a cessé de soutenir la tête. Voici ce qu'il faisait : « Je place deux doigts de la main gauche sur celui des points fœtaux qui correspond à la commissure supérieure de la vulve, et deux doigts de la main droite sur la partie qui effleure la commissure inférieure pour contre-balancer avec soin l'effort de la contraction utérine. Je permets ainsi à la vulve de se dilater peu à peu ; je repousse légèrement en haut vers le pubis la tête, qui se dégage, pour aider au mouvement de déflexion, et je diminue ainsi l'effort que supporte la commissure inférieure qui est la partie la plus exposée. »

En somme, contention et rétropulsion de la tête fœtale. C'est vraiment là un procédé très scientifique puisqu'il annule, dans la mesure du possible, le fâcheux effet de la cause que nous avons signalée comme presque constante. En effet, comme le dit Dubois, le temps que l'on emploie à retenir la tête est un temps précieux pour le périnée, qui l'emploie à se dilater. Ce procédé est aussi employé par Pajot, Charpentier, Mac-Gaughey. Tous sont d'avis qu'il faut songer seulement à retenir la tête, à la repousser même, de façon à ce que cette lutte entre l'accoucheur et la contraction utérine dure de demi-heure au moins à une heure.

Höhl, en même temps qu'il cherche à refouler la tête vers l'arcade pubienne, tâche d'abaisser l'occiput, de façon à le dégager jusqu'à la nuque, avant que le front vienne à se mettre en contact avec le périnée. Pajot, au dernier moment, fait franchir avec les doigts la commissure postérieure de la vulve, dans l'intervalle de deux contractions.

Tarnier décrit lui-même ainsi sa façon d'agir : « Nous passons la main gauche par-dessus la racine de la cuisse droite de la

femme et nous l'appliquons sur toute la portion de la tête accessible à la vue, de manière à la coiffer exactement et de telle sorte que l'extrémité des doigts vienne toucher la commissure antérieure du périnée. Cette main doit ralentir la progression de la tête et favoriser son mouvement d'extension, quand le front commence à se dégager. On obtient ce double résultat en appuyant d'abord sur la tête avec la paume de la main, jusqu'à ce que le front apparaisse, et, à partir de ce moment, en pressant surtout avec l'extrémité des doigts sur les parties fœtales qui se dégagent. En même temps, la main droite, après avoir passé sous la cuisse, est placée transversalement à plat sur le pont de parties molles qui s'étend de la vulve à l'anus, son bord radial dirigé vers la fourchette, le pouce relevé dans le pli génito-crural droit, et les doigts dirigés du côté opposé. On exerce, pendant les contractions, une pression modérée d'abord, et que l'on augmente au moment où la tête va franchir la vulve. On cesse toute pression quand la contraction n'existe plus, en se tenant prêt à recommencer dès qu'une nouvelle douleur se manifestera. Les deux mains ainsi placées permettent de régler la progression de la tête, dont la sortie doit ne s'effectuer qu'avec une très grande lenteur, ce qui donne aux parties génitales externes le temps de se dilater suffisamment, elles permettent même d'achever le dégagement des bosses frontales et de la face pendant l'intervalle des contractions utérines ; ce qui est facile, lorsque la femme est assez docile pour seconder l'accoucheur par de légers efforts volontaires. Avec ces précautions habilement et patiemment employées, on arrive presque toujours à prévenir la déchirure du périnée ou à la rendre insignifiante. »

Quant à M. Budin, la conduite qu'il conseille ne diffère pas très sensiblement de celle de ses éminents confrères, ainsi qu'il ressort d'un article publié par lui dans la *Semaine médicale* du 7 mars 1887. Lui aussi veut qu'on augmente autant que possible par la contention la durée de l'expulsion. Mais, considérant que la fissure

hyménéale est en général le point de départ des déchirures, il n'admet, en cas d'indication formelle à inciser, que l'entaille médiane déviée de Tarnier. Même il agirait volontiers comme Olshausen, qui va, s'il y a imminence de danger, sectionner l'anneau hyménéal résistant au point le moins désavantageux, c'est-à-dire jamais à la partie correspondante à la commissure inférieure.

Charpentier, dans son volumineux *Traité d'accouchements*, conseille de joindre à la contention fœtale la manœuvre dite *expression rectale*, comme aidant très efficacement à la déflexion de la tête. Voici en quoi elle consiste :

A la fin de l'accouchement, l'anوس est béant et permet, sans douleur pour la parturiente, l'introduction de deux doigts dans l'orifice rectal. A travers la cloison recto-vaginale, souple et assez mince, il est facile d'apprécier quelle partie fœtale se présente sous les doigts. On prend appui sur la bouche et le menton, et on exerce sur eux des pressions faciles à modifier comme intensité et direction jusqu'à ce qu'on ait amené avec la lenteur et les précautions voulues la déflexion de la tête. En même temps, au moment où, la grande fontanelle étant visible, le dégagement du front apparaît imminent, on refoule avec le pouce, porté vers la commissure postérieure de la vulve, la tête d'arrière en avant, pour aider au dégagement définitif. Ceci revient en somme à attendre que la région crânienne fasse saillie hors de la vulve, et alors, par des pressions de bas en haut, à faire glisser le front et les dernières parties de face sur le rebord commissural de la vulve, de telle façon que le dégagement se fasse par la simple ascension de l'occiput, c'est-à-dire par la déflexion de la tête.

C'est la manœuvre aussi d'Ahlfeld, de Rittgen, d'Olshausen, de bien d'autres encore qui semblent en être très satisfaits. En France, Doléris la déclare indispensable dans certains cas chez les primipares, et M. Budin croit aussi qu'intelligemment pratiquée elle peut donner des succès remarquables. Mais il paraît-

trait que, malgré les affirmations des auteurs, la manœuvre est vraiment très douloureuse pour la femme. On peut aussi se demander si ces agissements n'ont jamais donné lieu à des déchirures de la cloison vagino-rectale. Enfin, il paraît difficile de les faire entrer absolument dans la pratique, car ils sont en somme ennuyeux pour la patiente plus encore que pour l'opérateur.

J'arrive à un procédé de protection professé il y a quelques années dans cette Faculté par le regretté professeur de clinique obstétricale L. Dumas. Je l'exposerai en entier.

L'accouchement est un phénomène physiologique, une rupture du périnée est un accident pathologique. Dans les cas où toutes les conditions physiologiques sont favorables, le succès doit être assuré. Comment la nature s'y prend-elle alors ?

La descente dans la filière pelvienne se fait lentement, une bosse sanguine volumineuse se forme en avant de la tête fœtale et la précède dans sa marche, dilatant les parties maternelles à la façon d'un coin. Dire comme les auteurs, en général, que dans les accouchements à expulsion rapide le périnée n'a pas le temps de se dilater n'est pas exact en somme. Si le périnée éclate, c'est bien que la dilatation n'est pas suffisante, mais elle n'est pas suffisante parce qu'une bosse n'a pu se former assez volumineuse pour la dilater en avant du fœtus. Le rôle de la bosse sanguine est analogue ici à celui que joue la poche des eaux dans la dilatation du col utérin.

Le fait est exact, et Byford, qui l'avait noté, voulait qu'on tâchât de conserver jusqu'à l'issue fœtale cette poche des eaux, pour la faire agir sur l'orifice vulvaire et d'abord le canal pelvien, conservation à peu près toujours impossible. M. Dumas a plus judicieusement songé à la remplacer par une action manuelle et a nommé cette action la dilatation *præfœtale*.

Déjà Duke avait proposé de dilater le périnée avant l'arrivée de la tête pour que celle-ci trouvât la besogne en partie faite. A cet effet, il introduisait dans le vagin, à la fin de la période de

dilatation, deux doigts qui s'efforçaient, dans l'intervalle des contractions, de déprimer la paroi inférieure en la portant vers l'anus. Mais le rôle joué par la bosse sanguine lui avait échappé. Il croyait simplement arriver à donner par ses malaxations plus d'extensibilité au plancher et il n'arrivait à aucun résultat parce que la tête n'était pas là pour profiter en avançant de l'espace qu'il lui offrait.

Voici comment on procède à la dilatation *præfoetale* :

La femme mise dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies et modérément écartées, l'accoucheur se place à la droite du lit au moment où la tête foetale atteint l'orifice vulvaire ; dans l'intervalle de deux contractions, les deux premiers doigts de la main droite préalablement graissés sont introduits dans le vagin. Le pouce soulève le bord droit de la vulve à la partie moyenne, tandis que l'index et le médius, séparés par un intervalle de un ou deux centimètres, agissent sur l'autre bord. Ainsi écartés, les trois doigts forment un cône dont le sommet correspond à leur insertion métacarpienne, et la base à la portion de tête embrassée par eux ; c'est ce que l'auteur appelle le *trépied digital*. Le cône poussé en avant de la tête à chaque contraction présente à l'orifice vaginal une portion plus évasée que celle qui lui correspondait d'abord et agissant « à la façon d'un coin » le dilate de dedans en dehors. « En même temps, cette base plus large du trépied digital entraîne un peu cet orifice en avant, ce qui aide à l'ampliation du périnée, puisque la commissure postérieure de la vulve est entraînée dans le même sens ».

Si les contractions sont trop énergiques, ce dont on se rend compte par la distension exagérée de l'orifice vaginal tendu sous les doigts, il faut, pour supprimer dans la mesure du possible l'effet de la sangle abdominale, engager la femme à modérer ses efforts. En même temps, soutenant de la main gauche le fond de l'utérus, on exercera sur la tête une pression rétrograde, pour favoriser l'ampliation lente et progressive du périnée. Si enfin la

station de la tête à la vulve se prolongeait outre mesure, et que l'accoucheur, averti par le contact de l'anneau vaginal trop rigide puisse imputer à cet obstacle le fâcheux arrêt de l'expulsion, on se servirait de l'incision muqueuse conseillée par Olshausen et Budin.

Cette méthode, très scientifique puisqu'elle consiste à imiter l'action de la nature, a d'incontestables avantages, en ce sens qu'elle s'oppose à plusieurs causes déterminantes de rupture à la fois, à la trop grande rapidité de l'expulsion laissant la dilatation inachevée, et aussi à un excès de flexion de la tête et à sa déflexion prématurée, puisque les doigts, parfaitement renseignés sur la façon dont se comporte la tête, peuvent s'opposer à tout mouvement inopportun en la maintenant constamment dans sa situation primitive; et l'auteur le fait remarquer avec juste raison. La manœuvre est pénible et peut être longue, sans doute, mais pas beaucoup plus que la contention et la rétropulsion pratiquée une heure durant, comme certains auteurs le recommandent. On peut facilement passer là-dessus si les résultats sont encourageants.

Ils le sont, si l'on en croit la statistique apportée par M. G. Rauzier dans un article de la *Gazette des Sciences médicales de Montpellier*, paru en 1887 et auquel j'ai fait de nombreux emprunts. L'auteur de ce morceau, après avoir exposé d'une façon claire et précise, intelligente et soigneuse, la méthode de dilatation prœfœtale dont il s'est fait l'ardent défenseur, affirme que, sur 26 primipares soumises à ces manœuvres, il n'y eut que trois insuccès vaguement imputables à des causes étrangères. Dans les 14 derniers cas seulement, l'auteur s'est occupé des lésions de la fourchette et n'en a constaté que 4.

On est toujours mal convaincu par une statistique. Même en supposant aux inventeurs la plus stricte impartialité, il faut bien se dire que le hasard peut ici jouer un rôle. Tous ceux qui ont les premiers mis en avant une méthode de protection arrivaient

avec des statistiques rassurantes ; et combien de ces méthodes ont résisté à la pratique ?

Or, *a priori*, les objections sont assez nombreuses et importantes. La malaxation continue de la muqueuse vaginale est-elle bien d'accord avec les principes obstétricaux ? Ne peut-elle déterminer des éraillures qu'augmenteront bientôt le passage du fœtus et la distension des parties ? La force développée par trois doigts écartés est d'une intensité médiocre, et il faut pourtant en déployer une certaine mesure. Or, si on la déploie un peu intense, la douleur va devenir intolérable à une femme déjà pas mal tirillée.

Au reste, considérons les résultats. Les chiffres sont, je le crois, exacts, admettons qu'ils soient suffisants. Que nous donnent-ils ? Sur 26 cas, trois déchirures périnéales ; sur 14, quatre lésions de la fourchette. Et si, dans les 12 premiers, M. Rauzier n'a pas parlé de la fourchette, c'est qu'il était habitué à en considérer l'éclatement comme fatal. Ceci nous laisserait supposer que les 12 premiers cas ne l'avaient pas détrompé. Prenons pourtant, pour faire toutes concessions, la moyenne des autres cas, 4 encore, et nous aurons ainsi 11 accidents de gravité variable pour 26 cas, soit plus de 40 %, ce qui est encore beaucoup.

Mais, il faut bien le reconnaître, le périnée proprement dit ne sera intéressé que dans un nombre de cas assez restreint, et la méthode de dilatation *præcœtale* offre par conséquent des avantages sérieux. Nous lui préférerons pourtant la contention et la rétropulsion du fœtus, qui sont plus simples à appliquer, fatiguent moins l'opérateur, et donnent des succès au moins aussi nombreux.

Nous avons vu, en passant en revue les procédés modernes de Depaul, Tarnier, Pajot, Charpentier et autres, qu'elles sont généralement préférées par tous. Mais qu'on leur associe l'expression rectale ou la pression de bas en haut sur l'occiput, il nous a semblé qu'il arrivait un moment où l'opérateur se trouvait désarmé. En effet, lorsque la dilatation progressive semble s'être

effectuée, lorsque l'accoucheur, croyant le moment venu, laisse se faire l'expulsion définitive, rien ne protège plus l'orifice vulvaire contre une déchirure qui peut s'étendre par propagation, non seulement jusqu'au plancher pelvien, mais aussi jusqu'à l'anus. Il faut en revenir, à ce moment, à l'incomplète méthode de protection directe, ou laisser faire en comptant sur une extension suffisante des tissus, espoir déçu trop souvent, puisque c'est surtout à ce moment final que le danger atteint son maximum. C'est alors qu'il faudrait user d'une méthode efficace, et c'est ce que j'ai essayé de faire.

EXPOSÉ D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ.

Les déchirures de la vulve en des points autres que la commissure inférieure sont d'une excessive rareté. Le Dr Thore, dans une monographie publiée en 1886, n'en a pu réunir qu'un nombre assez limité de cas. On peut pratiquement affirmer que, s'il y a éclatement du périnée, il se produira constamment à la partie inférieure de l'orifice vulvaire. Pourquoi cette constante prédilection ?

Lorsqu'une force dilatatrice agit sur un orifice circulaire, elle se décompose en forces agissant suivant les rayons, et ses forces sont entre elles comme les rayons entre eux, c'est-à-dire égales. Supposons qu'on vienne à déprimer un point de cet orifice extensible, les forces varient avec les rayons. Elles sont entre elles comme les nouveaux rayons entre eux, c'est-à-dire inégales, et la plus considérable suit le rayon qui aboutit au milieu de la dépression. C'est donc ce milieu qui offrira le moins de résistance.

En d'autres termes, **lorsqu'une force dilatatrice agit à l'intérieur d'un ovoïde, le point de moindre résistance se trouve à l'extrémité inférieure du grand axe de la figure posée sur son plus petit sommet.**

Sans doute, à l'état normal, l'orifice vulvaire n'a pas une forme ovoïde. Mais que se passe-t-il au moment de l'expulsion ? La partie supérieure et les bords latéraux se laissent peu dilater à cause des plans osseux sous-jacents, indépressibles. La dilatation s'effectue donc tout entière aux dépens du plancher, qui, composé

de muscles et d'aponévroses, est doué, nous l'avons vu, d'une extensibilité très considérable. L'ovoïde se trouvera ainsi constitué, et le point de moindre résistance sera situé à la commissure inférieure de la vulve.

En somme, le sommet inférieur de l'ovoïde est, si l'on veut, un commencement naturel de déchirure, c'est l'amorce de la lésion, la fente physiologique qui se prolongera sous l'effort de la tête. Pour citer Pajot parlant de la fissure hyménéale, c'est le coup de ciseau du commis de nouveautés qui permet à l'étoffe de se déchirer à la moindre traction; seulement ce coup de ciseau n'est pas ici accidentel. Tout ceci s'applique aussi bien à l'anneau hyménéal qu'à l'anneau vulvaire.

Une autre cause de localisation des déchirures est mise en jeu dans le dégagement de la tête. Lorsque l'occiput est arc-bouté sur la symphyse pubienne, le menton dans son mouvement d'ascension vient surgir au niveau de la commissure inférieure. Or, ce coin osseux est éminemment propre à faire éclater la fourchette. On comprend donc facilement, toutes ces conditions étant données, et qu'une déchirure se produise, et qu'elle se situe toujours à la commissure inférieure de la vulve.

Si donc, déprimant au dernier moment l'orifice vulvaire sur un point latéral, on déforme l'ovoïde primitif de façon à transporter ailleurs que sur la fourchette le petit sommet de la figure, c'est-à-dire le point de moindre résistance, la fourchette devenue à son tour bord latéral subira une pression moindre et sera sauvegardée contre les chances d'une déchirure. De plus, en vertu de la loi formulée par M. Pajot, que le contenu tend à se mouler sur la forme d'un contenant qui le comprime, l'occiput viendra s'arc-bouter non sur la symphyse, mais sur la branche pubienne, et le menton viendra faire issue au point déprimé. Ainsi le coin osseux du menton sera dévié du point faible primitif, de même que l'action du poids de la tête fœtale.

Or ce poids n'est pas une quantité négligeable, et au nombre

des causes de déchirures portant sur le périnée nous aurions pu ranger celle-là, lorsque la femme est dans le décubitus dorsal. Si les femelles d'animaux n'ont jamais d'éclatement, c'est, entre autres causes, parce que la tête porte chez elles non sur la fourchette, mais sur le clitoris, épais et charnu, protégé par le plan osseux sous-jacent ; car leur position est tout à fait différente. Ceci nous explique pourquoi les auteurs qui ont pu essayer de la position accroupie sur les genoux et les coudes donnent des statistiques relativement faibles, et ce serait bien là la position de choix pour les accouchements, s'il n'était pratiquement impossible de la faire accepter aux parturientes.

Les Anglais ont opté pour le décubitus latéral, la femme leur tournant le dos, et quelques Américains ont suivi cet exemple. Il n'y a pas là, comme le veut Joffrion, une question de pudeur, le spectacle offert n'étant pas plus décent d'un côté que de l'autre, mais une question de résultats. Les Anglaises ont, en effet, beaucoup moins de déchirures que les femmes de France ou d'Allemagne, et, même en faisant la part de l'exagération, le résultat de 3,76 pour 100 donné par Schröder est bien au-dessous de tous les chiffres énoncés par les auteurs français ou allemands. C'est qu'en effet, dans cette position, le poids de la tête porte, non sur la fourchette, mais sur un bord latéral, et aussi que cette pression détermine au point comprimé un commencement de déformation de l'ovoïde.

M. G. Rauzier a modifié le mode d'action usité par L. Dumas dans la dilatation *præfœtale*. Au lieu de former avec trois doigts le cône digital, il ne fait pénétrer dans le vagin que l'index et le médius, et, les disposant de chaque côté de la fourchette à un intervalle de 2 centim. environ, il force sur les parois en écartant les doigts. La fourchette, dit-il, est alors presque toujours conservée, beaucoup mieux que par la manœuvre de L. Dumas. Il croit devoir attribuer ce résultat à la formation d'une sorte de gouttière prolongeant la direction du canal pelvien, et surtout

à ce que le contact de la tête avec la fourchette est empêché par l'épaisseur des doigts. Or que fait il en somme, sinon transporter sur les parties latérales le point de moindre résistance, par la déformation de l'ovoïde vulvaire? Mais son procédé reste inférieur parce qu'il tirelle en sens opposé les deux côtés de la fourchette, et surtout parce que la force développée par deux doigts qu'on écarte étant très peu intense, ces doigts dépriment insuffisamment les tissus et occupent de la sorte dans l'orifice du canal une partie de l'espace utile. Avec un seul doigt porté à 2 centim. et demi ou 3 centim. de la fourchette, on exerce sur le bord latéral une pression modifiable à volonté et plus que suffisante pour transporter sur le point déprimé le lieu de moindre résistance; en même temps le doigt disparaît dans cette dépression de manière à laisser le passage absolument libre à la tête expulsée.

Voici, au reste, l'exposition pratique de la manœuvre avec les précautions préalables.

Le décubitus latéral pour les raisons que nous avons indiquées plus haut est évidemment la position préférable, et, si l'on croit avoir affaire à un périnée de mauvaise qualité, il sera bon de l'employer. C'est du reste l'avis de Budin lui-même. « En cas de périnée douteux, faites coucher votre femme sur le côté, à la manière anglaise. Vous n'aurez pas à vous en repentir ». Mais comme il est peu pratiqué en France, si l'on ne veut pas insister on se contentera d'employer le décubitus dorsal, en ayant soin de surélever le siège avec des draps dépliés en pile. La période de dilatation terminée, il faut pratiquer avec soin, et en y mettant le temps nécessaire, la contention et la rétropulsion fœtales suivant les méthodes indiquées par les auteurs modernes cités plus haut. Si l'on veut, au cas où la bosse sanguine paraîtrait insuffisante, on peut employer la dilatation prœfœtale de L. Dumas, à condition que les douleurs provoquées par elle ne soient pas trop vivement ressenties par la patiente. Il faut d'ailleurs l'employer avec

mesure pour ne pas indisposer par des tiraillements trop prolongés la muqueuse où va passer la tête et surtout pour ne pas essuyer trop les sécrétions lubrifiantes destinées à favoriser le glissement.

Enfin lorsque l'opérateur jugera le moment venu et que l'expulsion consentie sera imminente, la conduite à tenir variera suivant la position du fœtus. Si la tête est en OIG, cas de beaucoup le plus ordinaire, l'accoucheur, placé à droite du lit, déprimera avec l'index droit le côté droit de la vulve, à 3 centim. au maximum de la commissure inférieure¹. Si la position est en OID, l'accoucheur, placé à gauche, déprimera avec l'index gauche le bord latéral gauche. Rien n'empêche de comprimer doucement la fourchette avec la main restée libre de façon à aider à la formation du nouvel ovoïde. On continuera, s'il se peut, la dépression jusqu'à issue complète des épaules et même du siège. — Je ne me suis pas occupé, bien entendu, des positions postérieures de l'occiput, parce que dans ces cas on n'a plus affaire à un accouchement normal.

Sans doute, à l'état ordinaire, une pareille action ne déformerait pas ainsi la vulve. Il faudrait accrocher la grande lèvre pour tirer sur elle, et même alors la forme ovoïde cherchée ne se réaliserait que d'une façon très indécise, parce que toutes les fibres sont en ce moment dans un relâchement complet. Mais on arrive à la forme voulue dans une mesure très suffisante au moment de l'expulsion parce que la vulve portée en avant, sollicitée par la vis *a tergo* et la dilatation que lui fait éprouver l'expulsion de la tête, a toutes ses fibres tendues et dans un état d'élasticité tout à fait favorable.

Il reste bien une condition poussant quand même à la déchirure périnéale ; sur le pourtour de la vulve, les tissus ne sont pas parfaitement homogènes, et si la force dilatatrice agit vers

¹ On doit commencer la compression dès l'arrivée de la tête à la vulve et agir progressivement jusqu'à ce qu'on obtienne à peu près la forme cherchée. Une action trop brusque pourrait être nuisible.

les côtés sur la continuité des fibres musculaires, ce n'est pas le cas pour le raphé, formé par un tissu fibreux peu extensible. Si l'orifice du canal pelvien était circulaire, malgré l'égalité des forces composantes dilatatrices, ce serait encore là que la déchirure pourrait se faire. Mais plus le doigt indicateur porté sur la partie latérale la déprimera, plus la résultante des forces augmentera d'intensité en cet endroit au détriment des autres points. Une pression suffisante est donc la sauvegarde du périnée, en corrigeant la faible résistance du tissu fibreux raphéen.

Peut-il y avoir danger d'éclatement au point déprimé? Cela paraît difficile. Ici la force maximum se bute à des fibres musculaires solides et flexibles, d'autant plus résistantes qu'elles sont prises dans le sens de leur longueur, et derrière elles le plan osseux leur fournit un appui solide. Elles sont aussi bien protégées que celles du clitoris chez les femelles des animaux.

Certes, il peut arriver que des fissures se produisent. Cela se voit dans l'expulsion par l'ovoïde vulvaire, à plus forte raison ici. Mais les inconvénients d'une lésion latérale sont aussi minimes que sont grands ceux des déchirures médianes. Les produits septiques ne passeront pas là, la cicatrisation sera rapide, l'infection facile à éviter, la solidité du plancher pelvien ne sera pas compromise pour l'avenir, et, même dans les cas les plus défavorables, nul organe important ne pourra être intéressé. J'ajoute d'ailleurs que, dans aucun des cas où la déformation vulvaire a été pratiquée jusqu'ici, cet accident n'est survenu, ou du moins n'a jamais présenté la moindre gravité.

Je sais bien que la fissure hyménéale de Budin peut se produire pendant la dilatation périnéale et constituer un véritable danger par sa tendance à la propagation, par l'affaiblissement qu'elle détermine. Mais alors raison de plus pour détourner la résultante des forces du point le plus menacé. D'ailleurs, ici comme dans toutes les autres méthodes, l'incision muqueuse d'Olshausen peut rendre de bons services. Il faudrait seulement

la pratiquer au point symétrique du point comprimé et non à ce point même, où la lésion pourrait s'agrandir un peu.

Tout ceci n'est pas seulement une vue théorique de l'esprit. Lorsque, il y a deux ans, je songeai à imputer à cette cause mécanique la localisation constante des déchirures périnéales et à la corriger par la déformation de la vulve au moment de l'expulsion, je communiquai ce procédé à mon père en lui demandant de le mettre à l'épreuve. Il voulut bien y consentir, et voici quels sont à ce jour les résultats. Sur 29 primipares accouchant sans intervention et soumises à la déformation de l'ovoïde, 26 sortirent sans blessure de l'accouchement. La fourchette seule éclata chez les autres, ce qui donnerait une moyenne d'environ 10 %. Encore dans aucun cas le périnée ne serait-il atteint.

Je ne donnerai pas par le menu ces 29 observations, elles se ressemblent toutes, et l'on peut préjuger de l'une à l'autre. En voici trois auxquelles j'ai moi-même assisté.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Jeune primipare de 21 ans, robuste et saine. O I G A. Décubitus dorsal. La période de dilatation a commencé à 10 heures du matin, la tête apparaît à la vulve à 6 heures du soir. La contention est exercée pendant demi-heure environ ; au moment de l'expulsion, l'opérateur, placé à droite, déprime à deux centimètres et demi de la fourchette la lèvre droite. L'enfant est expulsé sans éclatement des parties maternelles. Il pèse 3 kil. 300.

OBSERVATION II.

Primipare de 29 ans, lymphatique et molle, O I G A. Le décubitus latéral ne peut être obtenu. Début de l'accouchement à minuit, apparition de la tête à 9 heures seulement. Rétropulsion, dilatation præfœtale. L'expulsion de la tête amène la déchirure de la fourchette. Après terminaison de l'accouchement, on note une petite fissure sur la grande lèvre gauche. Guérison rapide. Poids de l'enfant, 3 kilogr. La déformation vulvaire a été pratiquée jusqu'après issue des épaules.

OBSERVATION III.

Jeune primipare 19 ans, bien constituée, périnée souple. L'apparition de la tête se fait sept heures et demie après le début de la période de dilatation. Contention pendant demi-heure. L'enfant sort sans rien léser. Il pèse 2 kil. 800. Déformation vulvaire. Décubitus dorsal. O I G A.

Sans doute on peut contester comme définitif ce résultat de 10 déchirures pour cent et portant uniquement sur la fourchette. Une plus longue épreuve diminuerait peut-être le nombre moyen de succès. Il y a ici, comme partout, des séries heureuses, jusqu'au jour où la chance tournera. D'ailleurs, j'ai fait trop bon marché des statistiques apportées par les auteurs pour vouloir imposer la mienne comme suffisante. C'est pour cette raison que j'ai insisté sur les arguments théoriques, qui ne peuvent guère, je crois, être réfutés que par les insuccès pratiques de la méthode.

Certainement, il y a eu encore trois accidents pour 29 accouchées, et, théoriquement, il ne devrait y en avoir aucun. Mais cela prouve-t-il quelque chose contre la valeur de la méthode ? Le résultat devrait être toujours favorable, il le serait si toutes les parturientes jouissaient de la même vigueur, de la même santé, de la même docilité ; si tous les tissus offraient le même degré d'extensibilité, toutes les vulves la même conformation, tous les raphés la même résistance, toutes les grandes lèvres la même dépressibilité. Pratiquement, il est loin d'en être ainsi, et on ne peut pas plus songer à rendre souple et résistant un périnée œdématié, par exemple, qu'à diminuer le volume trop fort du fœtus. Contre les causes idiosyncrasiques et prédisposantes, il n'y a rien à opposer. Il suffit donc, pour être acceptable, qu'un procédé lutte avantageusement contre les causes déterminantes

de déchirure et annule leurs fâcheux effets dans la mesure du possible. C'est, je crois, le cas de celui-ci, et la pratique n'y a pas encore fait découvrir de défaut trop considérable. Je veux bien admettre qu'une longue épreuve puisse peut-être monter la moyenne d'insuccès, mais, si 29 observations ne forment pas un total bien élevé, il semble pourtant difficile de les regarder toutes comme exceptionnelles. Jusqu'à preuve décisive, cette méthode m'a donc paru assez rationnelle pour être exposée ici.

En tout cas, il est facile et sans danger de la mettre à l'épreuve. Elle est simple et ne prend pas un temps qui puisse être utilement employé d'une autre façon, puisque c'est seulement pendant l'expulsion de la tête qu'on doit commencer à la mettre en pratique. Sans doute, elle ne peut être vraiment efficace à elle seule, si la dilatation du plancher n'a été d'abord préparée, mais elle complète les autres manœuvres, et, si elle les complète de façon utile, ce sera déjà bien assez

CONCLUSIONS.

A part quelques cas rares où le périnée par sa structure semble voué à l'éclatement, les muscles et aponévroses qui forment le plancher du bassin offrent une résistance considérable.

Lorsque le périnée se déchire, ce n'est pas en général parce qu'il n'est pas assez solide, c'est parce qu'il n'a pas eu le temps de se dilater. Aussi les méthodes de soutenance directe seront-elles inefficaces. L'épisiotomie est inutile et a des inconvénients graves. En cas d'indication absolue, il faudrait préférer l'incision médiane déviée de Tarnier.

La contention et la rétropulsion fœtales adoptées par la majorité des accoucheurs modernes sont des manœuvres très efficaces parce qu'elles donnent au plancher pelvien le temps de se distendre progressivement et avec lenteur. La dilatation præ-fœtale de L. Dumas employée avec mesure peut rendre des services.

On complétera les procédés précédents par la déformation de l'orifice vulvaire pratiquée au moment où se fait l'expulsion, et tendant à transporter le lieu de moindre résistance sur un point solide et peu susceptible de céder profondément. Cette manœuvre très simple et sans danger ne pourra donner des résultats qu'à condition d'être associée à la contention fœtale ou à tout autre agissement préparant la dilatation progressive et lente du plancher périnéal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DUMAS (L.). — De la dilatation præfœtale de la vulve. Montp. méd. année 1883, tom. I.
- RAUZIER (G.). — Quelques considérations sur le rôle du médecin dans l'accouchement normal. Gazette des Sciences médicales. Montpellier, 1887.
- MARDUEL. — Pathologie du périnée. Article Périnée du Dictionnaire de Jaccoud.
- BARBASTE. — Thèse de Paris, 1884.
- DEPAUL. — Article Accouchement du Dict. encycl. des Sciences méd.
- COYNE (C.). — Physiologie et pathologie du périnée. Même ouvrage.
- JOFFRION. — Thèse de Paris, 1887.
- CHOUCHON-LAKOUCHE. — Thèse de Paris, 1886.
- FARABEUF. — Cours magistral d'Anatomie, 1886.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.
- BUDIN. — Article publié dans la Semaine médicale du 7 mars 1887.
- CHARPENTIER. — Accouchements.
- COUDER. — Déchirures du périnée après l'expulsion de la tête. Thèse de Paris, 1891.
- DOLERIS. — Archives de Tocologie, 1885-86.
- AUVARD. — Traité d'accouchements.
- TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.
- BARKER. — The perineum. Its management during labour. Americ. J. of obstetr., 1884, tom. XVII.
- BYFORD. — The production and prevention of perineal dilaceration. Americ. J. of obstetr., 1886, tom. XIX.

BALANDIN. — Ueber den mechanismus der Dammriss und der verschiedenen Dammschutzverfahren. Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Geburt. und Gyn. St-Petersbourg, 1883.

FELTON. — A rational view of perineal support. Americ. J. obstetr., 1884, tom. XVII.

AUVARD. — De l'ampliation du périnée et de la vulve. Gazette hebdomadaire, 1885.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 6 Mai 1892.

Le Recteur,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 Mai 1892.

Le Doyen,
A. MAIRET.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
